



## **INSTRUCCIONES PARA OBTENER EL SUBSIDIO**

El número de subsidios y cantidad concedida por año será determinado en base a las necesidades del solicitante, los fondos disponibles y en la discreción de la Junta Directiva de Brian's Foundation of Hope. Todas las propuestas están sujetas a revisión por el Consejo de Administración. La Junta Directiva de BFOH se reserva el derecho de hacer la determinación final de negar o aprobar concesión de una subvención bajo la entera discreción de la Junta Directiva. La Junta Directiva se reserva el derecho de solicitar información adicional cuando sea necesario, y también tiene el derecho de modificar esta aplicación, según sea necesario y sin previo aviso.

## **CRITERIO**

Los beneficiarios de las subvenciones en potencia deben cumplir con los siguientes requisitos para ser beneficiarios de Brian's Foundation of Hope:

1. El beneficiario tiene la intención de recibir tratamiento, actualmente recibe o ha recibido recientemente tratamiento para el cáncer de cerebro.
2. El beneficiario se compromete a presentar la prueba para los artículos que se pueden comprar con fondos del subsidio (ver Formulario de Presupuesto de subsidio), así como los recibos pagados para los artículos comprados con fondos del subsidio.
3. El beneficiario debe ser un individuo joven que viva en o reciba tratamiento en el área tri-estatal (NY, NJ, CT)

### **Los criterios de la solicitud podrá realizarse por, pero no limitado a:**

- Necesidades 1. Más allá de lo básico (por ejemplo, programas de comidas precocinadas, ayudantes privados con pago, hotel, alojamiento en los viajes, los pagos de la hipoteca, etc.)
2. Las tareas domésticas (por ejemplo, limpieza, etc.)
  3. Otras necesidades (por favor, explique en otra hoja de papel y adjuntela a esta solicitud)

### **SOLICITUD DE AYUDA DEL SUBSIDIO ENVIAR A:**

Las aplicaciones de subsidio se podrán ser presentadas para su consideración a la fundación por correo o e-mail a la siguiente dirección:

BFOH

PO BOX 194 H

Scarsdale, NY 10583

briansfoundationofhope@yahoo.com

914-738-HOPE





**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Algun Nombre Previo: \_\_\_\_\_ Ne Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Entiendo y doy permiso a todos mis médicos, trabajadores sociales, clínicas y / o hospitales para liberar los registros medicos necesarios y la información relacionados con mi tratamiento y la atención de un tumor cerebral canceroso a Brian's Foundation of Hope.

Brian's Foundation of Hope acepta que toda la información médica es confidencial y cualquier informe escrito sobre el programa no utilizará ningún nombre de los participantes sin su permiso. Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente un año desde la fecha de mi firma y que puedo revocar esta autorización mediante el envío de una notificación por escrito a la persona o entidad autorizada para hacer la divulgación se ha descrito anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Esta solicitud y la autorización se aplica a:  
 Información Medica relativa a los siguientes tratamientos, condición o fechas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Madre/Padre/Tutor/Tutora \_\_\_\_\_ Fecha Firmado: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_

**\*\* Por favor, recuerde que debe mantener copias de todos los recibos presentados a la fundación para su revisión.**

**PERMISO DEL APLICANTE**

Por Favor firme y Ponga la fecha a continuación para que la información sea esta solicitud es correcta y verdadera

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre, tutor, tutora (Si el aplicante es menor de 18 años): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**COMUNICADO DE PUBLICIDAD**

Una parte de la misión de BFOH es crear conciencia sobre el cáncer de cerebro. Compartir su historia y cómo usted y su familia vive su vida va a atribuir al éxito de nuestra misión. Organizamos y patrocinamos eventos para crear conciencia y fondos para los pacientes. Para hacer esto posible, su información personal puede ser usada en nuestra página web y otras publicaciones.

Ponga sus iniciales y firme a continuación, usted está proporcionando el permiso para BFOH para usar la siguiente información:

\_\_\_\_\_ Nombre (Primer Nombre)

\_\_\_\_\_ Foto (Por favor incluir foto del aplicante o de la familia del aplicante)

\_\_\_\_\_ Historia Personal

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre del Padre, madre, tutor o tutora (Si el aplicante es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por favor no usar mi información personal

---

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

Brian's Foundation of Hope protege la privacidad de nuestros candidatos. Se mantendrá la historia médica de los solicitantes confidencial y segura. Será revisado por los miembros de la junta de la Fundación. BFOH consideró necesario ponerse en contacto con las referencias que figuran a continuación para determinar la elegibilidad.

Firma del Paciente : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre del Padre, madre, tutor o tutora (Si el aplicante es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**FOR PHYSICIAN ONLY (ESTA PARTE ES SOLO PARA SU MÉDICO)**

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Medical Facility: \_\_\_\_\_

Date of Diagnosis: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_

Currently in treatment: Yes No Date of most recent treatment: \_\_\_\_\_

Type of treatment: (circle all that apply)

Surgery Radiation Chemotherapy Clinical trial Other: \_\_\_\_\_

Physician's signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**REFERRING SOCIAL WORKER (if applicable) Si corresponde debe ser completado por el trabajador a social.**

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Medical Facility: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_